



[Refusal of care in the intensive care: how makes decision?].

Marie Borel, Benoit Veber, Karen Villette-Baron, S. Hariri, Bertrand Dureuil,
Christian Hervé

► To cite this version:

Marie Borel, Benoit Veber, Karen Villette-Baron, S. Hariri, Bertrand Dureuil, et al.. [Refusal of care in the intensive care: how makes decision?]. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2009, 28 (11), pp.954-61. 10.1016/j.annfar.2009.10.016 . inserm-00561245

HAL Id: inserm-00561245

<https://www.hal.inserm.fr/inserm-00561245>

Submitted on 31 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Non admission en réanimation: comment décider ?

Refusal of care in the intensive care: how makes decision?

Borel M ^{1,2} marie.borel@chu-rouen.fr

Veber B ¹

Villette-Baron Karen¹

Hariri Sarah¹

Dureuil B ¹

Hervé C ^{1,2}

Département d'Anesthésie-Réanimation-Samu, Centre Hospitalier Universitaire

Charles Nicolle, 1 rue Germont 76000 Rouen¹

Laboratoire d'éthique médicale et de médecine légale, Université Paris-Descartes,

45 rue des saints pères 75006 Paris²

Résumés

Non admission en réanimation : comment décider ?

Objectifs. La prise de décision amenant à une admission ou non en réanimation est complexe. Il s'agit d'analyser avec un regard éthique le processus menant à un refus d'admission et ses conséquences. Il est proposé une mise en perspective au travers des principes de bienfaisance, non malfaisance, justice, autonomie et de la loi Leonetti.

Patients et méthodes. Etude prospective en réanimation chirurgicale au CHU de Rouen sur 9 mois (novembre 2007-septembre 2008). Recueil systématique pour chaque patient non admis des caractères généraux, des modalités de la prise de décision, du devenir immédiat et à 48 heures. Constitution de deux groupes : patients pour lesquels une admission en réanimation pourrait être une situation d'obstination déraisonnable, et patients pour lesquels une admission en réanimation ne serait pas de l'ordre du déraisonnable si elle survenait.

Résultats. 150 situations ont été analysées. Le caractère potentiellement déraisonnable d'une admission n'entraîne pas forcément une non admission en réanimation. La question du manque de place et de l'équité dans l'accès aux soins est réelle mais relative en fonction de la typologie des patients. La recherche du respect de l'autonomie du patient est difficile mais pourrait être facilitée. La loi Leonetti ne paraît pouvoir être qu'un cadre partiel à la situation de non admission en réanimation.

Conclusion. Il ne s'agit pas d'aller vers une prise en charge systématique en réanimation de tout patient proposé, mais de s'assurer que si non admission il y a, qu'elle soit réalisée selon une démarche éthiquement acceptable.

Mots clés. Non admission; réanimation; loi; bienfaisance; non malfaisance; autonomie; justice; obstination déraisonnable

Conflit d'intérêt: aucun

Refusal of care in the intensive care: how makes decision?

Objectives. Decision making bringing to an admission or not in intensive care is complex. The aim of this study is to analyze with an ethical point of view the making decision process leading to the refusal and its consequences. It is proposed a setting in prospect through the principles of beneficence, non-maleficence, respect for autonomy, justice, and the law Leonetti.

Patients and methods. Prospective study in surgical reanimation at the University Hospital of Rouen over 9 months (November 2007- September 2008). Systematic collection for each non-admitted patient of the general characters, the methods of decision making, immediate becoming and within 48 hours. Constitution of two groups: patients for whom an admission in intensive care could be an unreasonable situation of obstinacy, and patients for whom an admission in reanimation would not be about unreasonable if it occurred.

Results. 150 situations were analyzed. The potentially unreasonable character of an admission does not involve necessarily a refusal of care in intensive care. The question of the lack of place and equity in the access to the care is real but relative according to the typology of the patients. The research of the respect of the autonomy of the patient is difficult but could be facilitated. The law Leonetti does not appear to be able to be a framework with the situation of refusal of care in intensive care.

Conclusion. It is not a question of going towards a systematic admission in intensive care of any patient proposed, but to make sure that so if there is a refusal, it is carried out according to a step ethically acceptable.

Key words. Refusal; intensive care; law; beneficence; non-maleficence; autonomy; justice; unreasonable obstinacy

Conflict of interest: none

Le parcours d'un patient en réanimation peut se découper schématiquement en trois temps dont chacun est assorti de considérations et de dilemmes spécifiques. Le temps de l'admission pose la question du bien fondé de la prise en charge en réanimation, suivi par celle du projet thérapeutique, et enfin, si l'évolution est péjorative, se pose la question du « jusqu'où aller » [1].

La décision de non admission en réanimation est le résultat d'une démarche complexe, dont les conséquences peuvent être tragiques, et ce dans un laps de temps souvent très court compte tenu de la nécessité d'une décision rapide... Peu de données sont disponibles quant à ses modalités. Les recommandations de la Society of Critical Care Medicine [2] notamment sont difficilement applicables, explorant peu les modalités de la décision de non-admission [3].

Dans le cadre d'une relation patient – réanimateur souvent brève, mais aux conséquences potentiellement lourdes, il paraît nécessaire de s'attacher au respect de quelques principes.

Si la situation choisie est particulière, les principes éthiques fondamentaux gardent leur place [4, 5, 6]. Il s'agit notamment de ménager un accès équitable aux soins tout en évitant d'aller vers une situation d' « obstination déraisonnable ». L'information des patients dans ce contexte, si elle ne doit par principe pas être exclue est souvent difficile compte tenu de l'état clinique. Les éléments cliniques tels que l'angoisse, la peur, la dépression, le syndrome confusionnel, la douleur, l'hypoxie, l'hypotension artérielle rendent l'évaluation tant d'un consentement que d'un refus de traitement difficile. Faut-il partir du principe d'un consentement présumé comme il est procédé dans le cadre des procédures de don d'organe en considérant que la capacité à consentir ou refuser d'un patient dans la situation étudiée est abasée ?[7]

Nous souhaitons poser la question à travers notre travail de l'applicabilité du modèle de réflexion tendant à se diffuser, basée sur un patient autonome compétent, dans cette situation d'urgence de la décision que représente l'admission ou non en réanimation.

La question des éléments de la décision se pose quotidiennement aux équipes de réanimation. Comment décider, selon quelles normes, pour tendre vers une démarche éthiquement acceptable ? En s'attachant à l'image d'une non-admission en réanimation, premier pas possible vers une limitation de thérapeutique [8], il pourrait être légitime de tendre vers une prise de décision proche dans ses modalités des préconisations de la loi relative aux droits des malades et à la fin de vie dite loi Leonetti [9,10], bien qu'elle n'ait pas été définie pour des conditions d'urgence. Si la loi Leonetti n'a été construite au départ ni dans une perspective de prise de décision d'admission ou de refus de patients en réanimation, ni dans une perspective de prise de décision en urgence, ce cadre est intéressant par la force du consensus trouvé pour établir cette loi.

Enfin, il convient de s'informer de l'évolution de ces patients afin d'évaluer le bien fondé de la décision qui peut constituer un élément utile à la progression de la réflexion et à l'amélioration des pratiques.

Ce travail se propose, à partir d'une étude clinique, d'analyser les mécanismes qui concourent à la prise de décision de non admission en réanimation, notamment dans le sens d'une réflexion éthique.

Patients et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, en réanimation chirurgicale, au centre hospitalier universitaire (CHU) de Rouen, fondée sur le recueil systématique pour les patients

non admis de données en vue d'analyser le contexte et les modalités de la prise de décision. La période d'inclusion s'est étendue du 12 novembre 2007 au 02 septembre 2008, Il s'agit d'une unité de seize lits de réanimation et quatre lits de surveillance continue associés à deux places de déchoquage.

Ce travail s'intègre dans une réflexion plus large sur l'amélioration des pratiques professionnelles menant à l'admission ou non d'un patient en réanimation chirurgicale. La saisie des données médicales concernant les patients non admis est déjà usuelle dans cette unité et a fait l'objet d'une évaluation récente centrée sur l'éventuel rôle de l'âge dans la décision [11]. Ce nouveau travail qui s'appuie sur des éléments simples pourrait participer à l'évolution des pratiques en termes d'admission ou non dans cette unité.

Le refus noté par le réanimateur qui a pris la décision est validé par un staff quotidien composé de l'équipe médicale de garde (senior et interne), de l'équipe médicale de jour (chef de service, praticien hospitaliers, chefs de clinique), des cadres du service, d'une à plusieurs infirmières du service, du kinésithérapeute du service, et d'étudiants hospitaliers.

Les patients non admis en réanimation ont été répartis en deux groupes, selon que l'hospitalisation en réanimation relèverait (groupe OD) ou non (groupe non OD) d'une prise en charge pouvant s'apparenter à une obstination déraisonnable. Chaque refus interroge le caractère potentiellement déraisonnable d'une admission. Ce choix est discuté au cours du staff. L'équité ou non dans l'accès aux soins a été analysée selon la disponibilité de place, la fréquence et la périodicité des refus. Il a aussi été recherché si le patient ou ses proches avait pu être partie prenante d'une façon plus ou moins active dans la prise de décision. Cette participation à la prise de décision

pourrait être considérée comme un témoin indirect d'une volonté particulière du respect de la personne dans son autonomie.

Le questionnaire interroge aussi pour chaque prise de décision sur la possibilité de l'information (absolue ou relative) du patient, l'inscription de la décision dans les dossiers, et la possibilité que le patient soit vu par le réanimateur que ce soit pour les patients présents ou non dans l'établissement

Les conditions de la prise de décision sont évaluées par le nombre et la qualité des intervenants sollicités, l'intervalle entre le premier appel et la décision finale, reflet de la durée de la prise de décision, ainsi que par l'inscription de la décision dans les dossiers.

L'acquisition des données et l'étude statistique ont été réalisées à l'aide du logiciel Excelstat 2007 pour windows. Les variables qualitatives ont été comparées avec le test du χ^2 ou le test de Fisher exact en fonction des effectifs théoriques calculés. Une valeur de $p < 0,05$ a été considérée comme significative.

Résultats

L'étude concerne cent cinquante patients non admis en réanimation soit près d'un refus un jour sur deux, sachant que le nombre de refus a pu atteindre trois en une même journée. L'âge moyen des patients non admis est de 62 ± 22 ans avec une population plus âgée de façon significative pour le groupe OD (78 ± 13) [tableau 1]. Il s'agit le plus souvent d'hommes et l'origine des demandes est essentiellement interne au CHU (66%)

L'intervalle de temps entre l'appel et la prise de décision est le plus souvent court, inférieur à cinq minutes pour 69 patients (46,3%) [tableau 1]. Il n'y a pas de différence statistiquement significative par rapport à la durée entre l'appel et la prise

de décision entre les deux groupes OD et non OD. Il est toutefois à remarquer que, pour 21 patients du groupe OD soit pour près d'un patient sur deux, la décision de non admission a été déclarée en moins de trente minutes.

Pour tous les patients de l'étude, le contexte de la demande d'admission est indiqué sauf pour un patient. Pour dix sept patients, deux raisons sont indiquées. Aucune différence significative n'est repérée entre les deux groupes OD et non OD quant au nombre d'éléments médicaux motivant la demande d'admission [tableau 1]. Ainsi le contexte le plus fréquent est celui du traumatisé (35 soit 21,1%), suite à un accident de la voie publique ou une pathologie circonstancielle (pendaison, ou défenestration ou électrisation). Vient ensuite la prise en charge d'une détresse respiratoire (30 soit 18,1%) puis la prise en charge en péri-opératoire d'une chirurgie en urgence (28 soit 16,9%).

A l'exception d'une fiche, le ou les motifs du refus sont indiqués (deux motifs dans dix huit dossiers, trois dans sept dossiers, et quatre dans trois dossiers). Le motif de refus le plus fréquent est le manque de place (66 soit 37,2%) [figure 1]. Vient ensuite un état insuffisamment grave (46 soit 26%), puis ceux (17 soit 9,6%) pour lesquels les circonstances paraissent trop graves (au-delà de toute ressource thérapeutique). L'âge apparaît comme motif de refus dans neuf dossiers (5,1%) mais jamais de façon isolée. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes OD et pas OD concernant la motivation des refus contrairement au nombre de motifs de refus par patient qui est plus élevé dans le groupe OD ($1,7 \pm 0,9$) par rapport au groupe pas OD (1 ± 0) (total $1,2 \pm 0,6$, $p < 0,0001$). Ainsi pour le groupe pas OD, l'essentiel des motifs de non admission se résume à deux causes: gravité excessive (63 soit 56,8%) et pas assez grave (42, soit 37,8%). Dans le groupe OD les motifs de refus indiqués sont plus dispersés: cinq motifs sont cités chacun dans plus de dix pour cent des

situations: gravité excessive (17 soit 25,8%), autonome limitée (10 soit 15,2%), âge élevé (9 soit 13,6%), syndrome démentiel ou trouble cognitif (8 soit 12,1%), comorbidités multiples (7 soit 10,6%). Ces cinq motifs représentent 77,4% des motifs de refus du groupe OD.

Le refus par manque de place apparaît dans soixante six dossiers. Pour cinquante-sept de ces patients (86,3%), ils auraient été acceptés s'il y avait eu une place en réanimation. L'unité de déchocage était occupée au moment de la prise de décision pour vingt huit patients (42,4%). Il a été noté qu'au moment de la prise de décision : des patients étaient hospitalisés en attente de sortie dans vingt deux dossiers (33,3%), des patients étaient hospitalisés dont le décès était attendu pour dix-sept dossiers (25,7%). Trois refus par manque de place ont concerné des patients du groupe OD qui n'auraient de toute façon pas été admis.

Les patients non admis sont vus cliniquement par l'équipe de réanimation près d'une fois sur deux (71 soit 48%) [tableau 2]. Les patients vus sont majoritairement présents sur le Chu au moment de la demande (65 soit 91,6%). Pour vingt-neuf (40,8%), ils appartiennent au groupe OD.

L'information du patient relative à la non admission est plus rare (29 soit 19%) [tableau 2]. Un écrit relatif à la prise de décision est laissé dans près d'un dossier sur deux (65 soit 44%). Les patients du groupe OD sont plus souvent vus mais l'information du patient est moins souvent possible. La décision de non prise en charge en réanimation est plus souvent retranscrite dans le groupe OD.

En moyenne 3 ± 1 personnes participent à la prise de décision de non admission en réanimation [tableau 2]. Pour deux dossiers, cette donnée n'est pas disponible.

Globalement, de un à sept intervenants sont colligés dans le document. De façon significative le nombre total de participants (junior, paramédicaux, familles et

proches) relevés comme prenant part à la prise de décision est plus important dans le groupe OD [tableau 2]. Si l'analyse s'intéresse à la qualité des participants dans chaque catégorie, il n'y a alors pas de différence significative. Toutes les décisions sont prises sous la responsabilité d'au moins un senior. Il n'a jamais été indiqué de décision prise avec la connaissance de directives anticipées ou d'une personne de confiance. Quelque soit le groupe de patient, la participation du patient reste rare.

Un peu plus d'un patient sur quatre est accueilli initialement dans une autre unité de réanimation ou de soins intensifs du CHU (43 soit 28%) [tableau 3]. Un second quart reste ou retourne dans un service d'hospitalisation conventionnelle (39 soit 26%). Un autre quart est essentiellement réparti entre les urgences, la salle de réveil. Enfin, pour le quart restant, le lieu d'accueil initial n'a pas été renseigné. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes OD et non OD.

Quarante-huit heures après le refus d'admission, soixante deux (41%) patients sont vivants, dix-huit (12%) sont décédés, soixante-dix (46,7%) patients sont perdus de vue [tableau 3]. Il y a une différence significative entre les deux groupes OD et non OD avec un taux de mortalité certaine plus élevée dans le groupe OD.

Concernant les soixante-trois patients refusés par manque de place, pas OD, soient soixante trois patients, initialement, trente-trois patients (52,4%) sont accueillis dans une unité de réanimation ou de soins intensifs, neuf (14,3%) restent en salle de réveil post interventionnel ou au service d'accueil des urgences, deux sont orientés dans un service conventionnel. Pour dix-neuf patients (30,1%) le lieu d'accueil initial est inconnu. A quarante-huit heures, vingt-quatre patients (38,1%) sont vivants, trente quatre (54,0%) sont perdus de vue et cinq décédés (7,9%).

Discussion

Cette étude s'inscrit dans une dynamique d'évaluation de la prise de décision d'admission ou de refus dans une même unité de réanimation. Le nombre de refus colligé est à mettre en perspective avec les recueils précédents [11]. Quatre-vingt fiches de recueil avaient été précédemment étudiées pour une période de cinq mois. Cent cinquante nouvelles fiches en près de huit mois et demi sont rapportées ici. Ainsi, l'augmentation relative du nombre de refus enregistrés au fil du temps doit être analysée. S'agit-il d'une sollicitation plus fréquente de l'équipe de réanimation ou d'une meilleure qualité du recueil de données?

Il est aussi possible que le réanimateur soit plus sollicité compte-tenu des changements progressifs dans la culture médicale qui pousse à passer d'une prise de décision basée sur une relation étroite médecin patient, à la recherche d'une instruction du dossier plus collective [12]

Afin de conduire plus avant la réflexion sur la non admission en réanimation nous avons cherché des indicateurs reproductibles faisant évoquer l'un ou l'autre des principes qui nous paraissait particulièrement relevant et pertinent. Quelque ait été la réflexion menant au choix de ces indicateurs, ils ne sont toutefois qu'une image parcellaire de la problématique.

Si comme nous l'avons dit le nombre de refus colligé est accru, le nombre de données manquantes notamment dans le devenir initial et quarante huit heures est dommageable. Le bassin de recrutement large impliquant des appels réguliers de l'extérieur du chu est un élément d'explication insuffisant puisque cent demandes (66,7%) viennent du chu. La surcharge de travail lié au remplissage systématique peut éventuellement expliquer une partie des données manquantes. Enfin, il est possible que les prises de décisions auxquelles est consacré un temps de réflexion

court (69 soit 46 % en moins de 5 minutes) entraînent des questions ciblées brèves ne recherchant pas toujours les réponses aux questions intéressant notre travail.

Si l'on compare les deux groupes, les motifs de refus sont dispersés. Les patients du groupe OD ne meurent pas forcément, et deux patients sont même admis dans une autre réanimation. Les motifs sont plus nombreux dans le groupe OD que dans le groupe non OD où ils sont essentiellement deux: manque de place et pas assez grave. Cet écart entre les deux groupes valide indirectement à posteriori l'estimation du caractère déraisonnable de la situation qui amènerait à une admission en réanimation les patients du groupe OD. Il paraît logique que les patients pour lesquels on pourrait retenir le qualificatif de prise en charge déraisonnable présentent un terrain lourd, avec des motifs multiples de refus d'admission. Il est toutefois nécessaire de revenir sur ce qualificatif d'obstination déraisonnable. Ces termes validés à posteriori par le staff ne devraient pouvoir être retenus qu'après un temps de réflexion prolongé, sans la pression de l'urgence avec la prise en compte des référents du patient ce qui ne peut se passer que rarement dans la situation étudiée. Nous avons choisi de les mettre en avant à fin de favoriser au quotidien une discussion sur le sens et l'implication des non admissions en réanimation.

L'occurrence des refus est régulière. La question du manque de place est fréquemment posée. Soixante-trois (56,8%) patients du groupe non OD sont concernés pour trois (4,5%) des patients du groupe OD. Tous les patients refusés par manque de place sembleraient après une première analyse ne pas forcément venir en réanimation même si la disponibilité était plus importante. Sur neuf dossiers, pour lequel il n'y a pas de réponse affirmative à un accueil potentiel en réanimation sous réserve de place, pour cinq, la donnée est manquante et pour quatre, la réponse est négative dont trois s'intègrent dans des patients OD. On conçoit qu'un

patient OD ne soit de toute façon pas admis en réanimation. Ainsi, pour six patients le doute persiste. Le manque de place n'est peut-être pas alors, forcément le motif essentiel du refus.

L'idée que le refus par manque de place pourrait être une forme non explicite de limitation de thérapeutique est à modérer dans la mesure où la majorité des patients trouve quand même une place dans une autre réanimation, en unité de soins intensifs, ou en salle de soins post interventionnelle. Il ne s'agit plus lors à proprement parler de modalités de la prise décision que du retentissement pour le patient concerné des choix régionaux en terme de ressources et de politique de santé publique.

Le fait de ne pas admettre un patient, même par manque de place introduit une augmentation du risque de décès hospitalier à ne pas méconnaître. Ainsi Metcalfe, en 1997, à partir de l'étude comparative sur trois mois de l'ensemble des patients admis et refusés de six unités de réanimation britanniques montrait pour cent-treize patients qui auraient du être admis légitimement en réanimation un risque relatif de décès à 1,6 [13]. Sinuff [14], en 2004, suite à une revue de la littérature cherchant à analyser le retentissement de la restriction en lit de réanimation estimait le risque relatif de décès des patients refusés par rapport aux admis à 3,04

Il est intéressant de confronter la cohorte étudiée à la littérature. Garrouste-orgeas [15] à travers une étude prospective sur un mois, et la participation onze unités de réanimation française, s'intéressant aux patients non admis en réanimation, relevait un taux moyen de refus au motifs de patients pas assez graves de 55,4%, trop graves 37,2%, d'unité surchargée 6,5%. Ainsi, le taux de refus par manque de place dans notre étude (37,2% pour la cohorte, 56,7% dans le groupe non OD) paraît fort élevé au regard de ce travail, et pourrait indiquer une inadéquation entre la demande

et la disponibilité en place. Cette inadéquation relevant d'une thématique organisationnelle interne, mais aussi institutionnelle a un impact possible direct sur la prise en charge de nos patients, et rend parfois difficile un accès équitable à une unité de soins adaptée pour tout patient qui le nécessite.

Chercher à avoir une relation médecin patient avec un respect renforcé de l'autonomie du patient passe par la capacité à pouvoir rencontrer ce patient et à l'informer. Dans la perspective d'un service de réanimation avec un bassin de population important, un des premiers écueils réside dans la demande d'admission venant d'une origine extra-CHU. En effet, dans ce cas, il n'est clairement pas envisageable de faire venir un patient pour le voir, avant de le refuser et de le réorienter vers son hôpital d'origine. Toutefois, cette raison ne peut suffire à expliquer l'ensemble des patients non vus et n'ayant pu être informés.

Un deuxième point à soulever est la fréquence des patients en défaillance multi organes ou non conscients. Leur compétence est mise en défaut. Il s'agit alors d'une situation dans laquelle la personne de confiance ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, pourraient jouer tout leur rôle, ce qui actuellement, en ce qui concerne la personne de confiance et les directives anticipées est rarement rencontré.

La qualité de l'information délivrée réellement ne peut être analysée, cette donnée n'ayant pas été précisément recueillie.

Le patient pour lequel une admission en réanimation est sollicitée est le plus souvent peu ou pas conscient. Le modèle de relation médecin patient basé sur un patient autonome est ainsi d'emblée mis à mal. Il n'en reste pas moins une fois cette réserve émise qu'une attitude de recherche de pris en compte de l'avis du patient s'il est apte à consentir de façon directe ou que son avis puisse être recueilli de façon indirecte

par le biais notamment de la personne de confiance paraît intéressante. Tout au moins si cette démarche ne peut se jouer dans l'instant de l'urgence d'une potentielle admission, elle peut se construire dans les suites d'une bonne relation - communication-information d'amont instaurée au cours des jours précédents de prise en charge pour les patients déjà hospitalisés. Azoulay a montré dans un groupe soixante-seize patients visités au moins par un proche que 54% des représentants n'avaient pas compris le diagnostic, le pronostic ou le traitement du patient [16]. L'étude s'intéressait à des patients déjà hospitalisés en réanimation depuis au moins deux jours, période au cours de laquelle un temps dédié avait pu être consacré aux proches des patients. Indirectement cela soulève la difficulté de nouer au quotidien une relation communicante de qualité, relation qui paraît ne pouvoir être que sommaire dans l'urgence.

Entre les deux groupes de patients de notre étude, il n'y a pas de différence statistique sur l'ensemble de la répartition des motifs, mais certains motifs sont retrouvés de façon exclusive dans le bras OD : gravité excessive, comorbidités multiples, autonomie limitée, âge élevé. Aucun patient n'a été non admis suite à son refus. La décision de l'équipe de réanimation est le plus souvent retranscrite dans le dossier médical.

Le nombre d'intervenants est plus important de façon significative dans le groupe OD. Un nombre élevé n'implique toutefois pas forcément la participation de l'ensemble ni une instruction collégiale du dossier. Quelque soit le groupe, la place du patient ou de ses représentants dans la prise de décision semble rester limitée.

L'intervalle entre le premier appel et la prise de décision est souvent court. L'interprétation de cette donnée notamment dans le groupe OD interroge. S'agit-il d'une capacité de synthèse importante ou d'erreurs dans le rendu des données ? Il

paraît sans doute possible de trouver un peu de temps pour rechercher de façon plus régulière l'avis du patient de manière directe ou indirecte, temps qui pourrait aussi permettre une meilleure information et une autonomie renforcée....

L'avis du réanimateur ne résout pas tout. La relation médecin-patient en réanimation ou avec un patient susceptible d'entrer en réanimation reste une relation mise à mal. Le patient est le plus souvent peu ou pas conscient, compte-tenu d'une situation de défaillance vitale unique ou multiple. L'interlocuteur privilégié que pourrait être la personne de confiance identifiée en amont par le patient est à l'heure actuelle rarement identifié bien que parfaitement prévu par la loi [17]. Un des proches en fait alors fonction sans le plus souvent avoir été formellement choisi par le patient concerné.

La prise de décision d'admission ou de refus d'admission en réanimation est symboliquement la première décision critique concernant un potentiel séjour en réanimation. La question du qui doit décider et comment procéder est loin d'être sans interrogation.

Naturellement, le médecin réanimateur, dans le cadre de la situation étudiée, paraît le mieux placé pour assumer cette responsabilité. Faute de pouvoir se confronter aisément à la position établie du patient, du fait souvent d'un patient peu apte à consentir, et en l'absence le plus souvent de personne de confiance ou de famille présente dans l'instant, la décision est le plus souvent solitaire. Dans notre étude si le nombre moyen de seniors participants est de deux, il ne s'agit que du relevé d'un nombre déclaré d'intervenants et non clairement le nombre de participants réels à la prise de décision ainsi que leur apport à cette décision.

Le recours à des intervenants extérieurs pour une instruction plus collégiale d'un dossier complexe semblerait intéressant. Pour quatre-vingt cinq dossiers (56,7%),

un deuxième réanimateur ou un anesthésiste est intervenu (26,1% des dossiers OD, et 28,6% des dossiers pas OD). Il peut être difficile de définir les personnes ressources : quelle peut être la place des paramédicaux, quels référents médicaux sont disponibles en garde... Par ailleurs quel temps accorder à cette concertation ?

Dans le cadre d'une logique collégiale et participative, la décision reste toutefois bien individuelle, ce qui est le seul garant de la responsabilité pleine et entière du médecin.

Le temps de la décision s'intègre dans une cascade d'évènement à considérer [18]. Si s'intéresser au processus décisionnel en lui-même est pertinent, on ne peut méconnaître les évènements antérieurs qui impactent directement sur ce processus et sa logique propre. En amont, le premier temps est le choix pour le patient de se rendre à l'hôpital, aux urgences, puis celui pour le praticien qui le reçoit de contacter l'équipe de réanimation. Vient le temps qu'on décrit couramment comme celui du triage.

Chaque période est influencée par des évènements extérieurs : un délai d'arrivée à l'hôpital long, associé à une méconnaissance diagnostique initiale pourrait ainsi fortement aggraver un patient proposé à l'équipe de réanimation jugé alors trop grave. Le temps du triage est aussi influencé par des paramètres d'aval. Outre la disponibilité stricte de lit, la possibilité de sortie facile vers des lits de post-réanimation ou de suites est primordiale : tout lit de réanimation pouvant être libéré le serait facilement... La question du manque de place serait alors moins aigue.

Le plus difficile pour le patient et le moins acceptable est l'impossibilité d'admettre en réanimation un patient par manque de place. S'ouvre alors une question du rôle donné au réanimateur. Le réanimateur sollicité est souvent à la fois consulté dans le cadre d'une admission dans l'unité dans laquelle il exerce mais aussi comme

spécialiste, pour répondre à la question plus générale d'une admission dans une unité de réanimation quelle qu'elle soit. Cette question est d'autant plus importante si la réanimation de proximité manque de place. En arrière plan se dessine la légitimité d'une proposition à une autre réanimation du même hôpital ou d'un transfert vers un autre hôpital. Il s'agit d'établir les modalités de la poursuite du parcours de soins obérée par un manque de place qui en soit n'est pas un élément de justification de refus très éthique.

Deux situations paraissent essentiellement pouvoir se dessiner: l'une ou l'admission en réanimation si elle survenait pourrait être à un moment ou un autre légitime, l'autre où une éventuelle admission en réanimation pourrait être qualifiée d'obstination déraisonnable. Si nous restons dans l'esprit de la loi Leonetti [9], avec la réserve que cette loi concerne au départ les situations de fin de vie, sans contexte d'urgence, sont à mettre en avant la représentativité du patient de façon directe ou indirecte si son niveau de conscience est insuffisant, une instruction collégiale du dossier, et la retranscription dans le dossier de la prise de décision. Nos données indiquent que ces principes sont actuellement partiellement appliqués.

Au-delà de la discussion de principes qui peuvent parfois paraître éloignés des situations pratiques quelques mesures simples pourraient être prises à fin de faciliter la prise de décision d'admission ou de refus en réanimation.

Le premier point est de favoriser la diffusion des notions de personnes de confiance, et de directives anticipées [19]. Prises en amont, ces mesures favoriseraient la prise en compte de la parole rapportée d'un patient peu conscient. Il pourrait être recommandé que les patients pour lesquels une admission en réanimation est sollicitée puissent bénéficier de la véritable consultation d'un réanimateur que ce soit pour un patient proposé sur site ou d'un autre hôpital. Dans cette perspective, l'appui

des équipes de réanimation de chaque hôpital paraît indispensable. L'idée de s'assurer du devenir des patients non admis, quelque soit le motif, au moins dans les quarante huit heures paraît de même importante. Qu'un patient ne puisse être admis faute de place dans une unité de réanimation alors qu'il semble le nécessiter est ennuyeux mais est moins préoccupant s'il peut rapidement trouver une place dans l'unité voisine, et poursuivre dans le cadre d'un parcours de soin de qualité. Par ailleurs il a été démontré que même dans le cadre d'une réanimation spécialisée, une marge d'erreur dans la prédiction de la survie persistait sur le plan individuel [20]. Joynt a rapporté l'étude d'une cohorte de deux cent six patients chez qui une admission était envisagée en réanimation cancérologique. A trente jours, la survie des patients classés initialement trop peu graves pour être admis était de 21,3%, celle des patients trop graves de 74%. La survie estimée par les réanimateurs était globalement corrélée fortement à la survie réelle mais mise en défaut à titre individuel. La connaissance du devenir des patients refusés pourrait permettre d'améliorer les compétences en matière de « triage ». Le débriefing au quotidien systématique de l'ensemble des patients non admis paraît important. Il s'agit à la fois d'informer les équipes des dossiers pour lesquels les uns ou les autres pourraient être à nouveau sollicités, de discuter des options choisies en fonction des circonstances, et de contribuer à la formation des plus jeunes.

Conclusion

A travers l'exemple du fonctionnement d'une unité de réanimation chirurgicale, nous avons voulu rendre compte de l'ampleur de la réflexion nécessaire à la prise de décision menant à une non-admission en réanimation. Il ne s'agit pas d'aller vers une prise en charge systématique en réanimation de tout patient proposé. Une réflexion en amont, sensibilisant les intervenants pourraient permettre de faciliter le

processus dans un objectif d'amélioration des pratiques en accord avec l'éthique médicale.

Références

1. Mantz JM, Ethique en réanimation. In : Mantz JM, Grandmottet P, Queneau P, editors. Ethique et thérapeutique, Témoignage européens. Presses universitaires de Strasbourg 1998 ; 393-400
2. Guidelines on intensive care unit admission, Triage and discharge. Crit Care Med 1999; 27: 663-8
3. Azoulay E, Pochard F, Chevret S, Vinsonneau C, et al. Compliance with triage to intensive care recommendations. Crit Care Med 2001; 29(11): 2132-36
4. Beauchamp TL, Childress JF, Principle of biomedical ethics. Oxford University Press 2001
5. Beauchamp TL, Childress JF, Principes de l'éthique biomédicale. Les Belles Lettres, 2008
6. Ward M, Savulescu J, Patient who challenge. Best Practice & Research Clinical, Anaesthesiology 2006; 20: 545-63
7. Pochard F, Admission en réanimation, consentement présumé ? In : Lemaire F, editor. Problèmes éthiques en réanimation. Masson 2003; 5-35
8. Robert R, Pinsard M, Le triage pour l'admission en réanimation est-il une limitation de soins? In : Boles JM, Lemaire F, editors. Fin de vie en réanimation. Elsevier 2004; 232-42
9. Loi du 22 avril 2005, n° 2005-370 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Journal Officiel de la République française du 23 avril 2005

10. Lienhart A, Puybasset L, Beloucif S, Boulard G, et al. Recommandations de bonnes pratiques cliniques concernant l'application de la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie. *Ann Fr Anesth Reanim* 2006 ; 25 (11-12): e4–e8
11. Borel M, Veber B, Robillard F, Rigaud JP, Dureuil B, Hervé C. L'admission du sujet âgé en réanimation: l'âge influence-t-il l'accès aux soins ? *Ann Fr Anesth Réanim* 2008; 27: 472–80
12. Sjökvist P, Nilstun T, Svantesson M, Berggren L. Withdrawal of life support--who should decide? Differences in attitudes among the general public, nurses and physicians. *Intensive Care Med* 1999; 25:949-54
13. Metcalfe MA, Sloggett A, McPherson K. Mortality among appropriately referred patients refused admission to intensive-care units. *Lancet* 1997; 350:7-11
14. Sinuff T, Kahn moui K, Cook DJ, Luce JM, Levy MM. Values Ethics and Rationing in Critical Care Task Force, Rationing critical care beds: a systematic review. *Crit Care Med* 2004;32:1588-97
15. Garrouste-Orgeas M, Montuclard I, Tmsit JF, Reignier J, et al. Predictors of intensive care unit refusal in French intensive care units: a multiple-center study. *Crit Care med* 2005; 33: 750-55
16. Azoulay E, Chevret S, Leleu G, Pochard F, Barboteu M, Adrie C, et al. Half the families of intensive care unit patients experience inadequate communication with physicians, *Crit Care Med* 2000; 28: 3044-49
17. Loi du 04 mars 2002, n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, *JORF*, 5 mars 2002
18. Sprung CL, Levin PD. The process of intensive care triage, *Intensive Care Med* 2001; 27: 1441-45

19. Lemaire F, Ferrand E. Refusal of care in the ICU: any meaning for doctors?
Intensive care med, 1998, 24: 204-05
20. Thiery G, Azoulay E, Darmon M, Ciroidi M, et al. Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission: a hospital-wide prospective study.
Journal of clinical oncology 2005; 19: 4406-13

Tableau 1: caractères généraux des patients non admis en réanimation chirurgicale (novembre 2007- septembre 2008, CHU Charles Nicolle)

OD : patients pour lesquels une admission pourrait relever d'une obstination déraisonnable; Pas OD : patients pour lesquels une admission en réanimation ne relèverait pas d'une obstination déraisonnable ; USI : unité de soins intensifs; SSPI : salle de surveillance post interventionnelle ; SAU : service d'accueil des urgences ; SAMU : service d'aide médicale urgente ; AVP : accident de la voie publique ; dm : donnée manquante

			Pas OD	OD	total	p
Nombre (nombre(%))			110(73,3%)	40(26,7%)	150	
Age / dm (moyenne±écart-type)			54,7±21,2 /43	78,1±13,2/6	62,6± 22,2	<0,0001
Sexe (nombre(%))	Homme		70 (63,6%)	18(45,0%)	88(58,7%)	0,086
	Femme		31(28,2%)	19(47,5%)	50(33,3%)	
	dm		9(8,2%)	3(7,5%)	12(8,0%)	
Provenance (nombre(%))	Intra CHU	Service conventionnel	34(30,1%)	20(50,0%)	54(36,7%)	1
		SAU	21(19,1%)	7(17,5%)	28(18,0%)	
		Bloc opératoire ou SSPI	9(8,2%)	4(10,0%)	13(8,7%)	
		Autre réa ou USI	5(4,5%)	0	5(3,3%)	
	Extra CHU		24(21,8%)	6(15,0%)	30(20,0%)	
	SAMU		17(15,4%)	2(5 ,0%)	19(12,7%)	
	dm		0	1(2,5%)	1(1,5%)	
Intervalle entre la demande initiale et la prise de décision	Moins de 5minutes		60(54,5%)	9(22,5%)	69(46%)	1
	Entre 5 et 30 minutes		25(22,7%)	12(30%)	37(24,7%)	
	Entre 30 minutes et 1heure		155(13,6%)	8(20%)	23(15,3%)	
	plus d'1 heure		10(9,1%)	10(25%)	20(13,3%)	
	dm		0	1(2,5%)	1(0,7%)	
Motifs initiaux de la demande d'admission	AVP ou polytraumatisme ou pathologie circonstancielle		31(25,6%)	4(8,9%)	35(21,1%)	1
	Détrese respiratoire		20(16,5%)	10(22,2%)	30 (18,1%)	
	Etat de choc		7(5,8%)	10(22,2%)	17 (10,2%)	
	Coma ou hémorragie méningée ou traumatisme crânien		7(5,8%)	4(8,9%)	11(6,6%)	
	Arrêt cardio-respiratoire ou état de mort encéphalique		1(0,8%)	1(2,2%)	2(1,2%)	
	Chirurgie urgente		23(19,0%)	5(11,1%)	28(16,9%)	
	Complication médicale péri-opératoire		9(7,4%)	7(15,6%)	16(9,6%)	
	Surveillance post- opératoire		11(9,1%)	1(2,2%)	12 (7,3%)	
	Divers		12(9,9%)	3(6,7%)	15(9,0%)	
	Nombre de motifs évoqués		1,1±0,3	1,7±0,9	1,1±0,3	0,367

Tableau 2: paramètres de la prise de décision de non admission en réanimation chirurgicale (novembre 2007- septembre 2008, CHU Charles Nicolle)

OD: patients pour lesquels une admission pourrait relever d'une obstination déraisonnable; Pas OD: patients pour lesquels une admission en réanimation ne relèverait pas d'une obstination déraisonnable; dm: donnée manquante; les données sont exprimées en moyenne et écart-type ou en nombre et pourcentage

		Pas OD	OD	total	p
Patient vu / dm		42(38,5%)/ 1	29(76,3%)/2	71(48,3%)	<0,0001
Patient informé /dm		23(21,1%)/1	6(15,8%)/2	29(19,7%)	0,201
Décision inscrite dans le dossier médical/ dm		37(34,0%)/1	28(73,7%)/2	65(44,2%)	<0,0001
Nombre total des intervenants		2,7±1,0	3,8±1,5	3±1,2	<0,0001
Nombre de médecins seniors participant par décision		2±0,7	2,1±0,8	2±0,7	0,3
Qualité des intervenants seniors	Réanimateur	108(49,1%)	37(44,0%)	145(96,7%)	1
	Anesthésiste	37(16,8%)	17(20,2%)	54(36,0%)	
	Médecin urgentiste	32(14,5%)	11(13,1%)	43(28,7%)	
	2 ^{ième} réanimateur	26(11,8%)	5(5,9%)	31(20,7%)	
	Chirurgien	14(6,4%)	13(15,5%)	27(18,0%)	
	Médecin référent	1(0,5%)	0	1(0,7%)	
	Autre	2(0,9%)	1(1,2%)	3(2,0%)	
Nombre de médecins juniors participant par décision		0,6±0,8	1,1±0,9	0,7±0,7	0,005
Qualité intervenants juniors	Réanimateur	42(46,7%)	23(54,8%)	65(43,3%)	1
	Chirurgien	28(31,1%)	10(23,8%)	38(25,3%)	
	Anesthésiste	10(11,1%)	7(16,7%)	17(11,3%)	
	Urgentiste	4(4,4%)	1(2,4%)	5(3,3%)	
	Autre	6(6,7%)	1(2,4%)	7(4,7%)	
Nombre de personnels paramédicaux participant par décision		0,0±0,8	0,2±0,5	0,1±0,3	0,001
Qualité intervenants paramédicaux	Infirmière	4(100%)	8(88,9%)	12(8,0%)	1
	Aide soignante	0(0)	1(11,1%)	1(0,7%)	
Nombre de patients ou proches participant par décision		0,0±0,2	0,3±0,6	0,1±0,4	<0,0001
Qualité intervenants patients et proches	Famille et proche	0	9(64,3%)	9(6,0%)	1
	Patient	4(100%)	3(21,4%)	7(4,7%)	

Tableau 3: lieu d'accueil initial et devenir à 48 heures des patients non admis en réanimation chirurgicale (novembre 2007- septembre 2008, CHU Charles Nicolle)

OD: patients pour lesquels une admission pourrait relever d'une obstination déraisonnable; Pas OD : patients pour lesquels une admission en réanimation ne relèverait pas d'une obstination déraisonnable; USI: unité de soins intensifs; SSPI : salle de surveillance post interventionnelle; UHCD: unité d'hospitalisation de courte durée; SAU: service d'accueil des urgences

	Nombre(%)	Pas OD	OD	total	p
Lieu d'accueil initial	Autre réanimation ou USI	38(33,7%)	2(5%)	43(28,7%)	1
	Service conventionnel	22(20,0%)	20(50,0%)	39(26%)	
	SAU ou UHCD	14(12,7%)	2(5%)	16(10,7%)	
	SSPI	10(9,1%)	5(12,5%)	15(10%)	
	Divers	2(1,8%)	0	2(1,3%)	
	Décédé avant transfert	0	1(2,5%)	1(0,7%)	
	Inconnu	24(21,8%)	0	34(22,7%)	
Devenir à 48h	Patient vivant	49(44,5%)	13(32,5%)	62(41,3%)	<0,0001
	Patient décédé	5(4,5%)	13(32,5%)	18(12%)	
	Patient perdu de vue	56(50,1%)	14(35%)	70(46,7%)	

Figure 1: motifs de la prise de décision de non admission pour les patients refusés en réanimation chirurgicale (novembre 2007- septembre 2008, CHU Charles Nicolle)

OD: patients pour lesquels une admission pourrait relever d'une obstination déraisonnable; Pas OD: patients pour lesquels une admission en réanimation ne relèverait pas d'une obstination déraisonnable; pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes OD et pas OD ($p>0,05$)

